



Date de création : 2007
Date de mise à jour : 20/12/2022

AUTORISATION POUR INTERVENTION D'URGENCE

Je soussigné(e), ,
en qualité de Mère, Père, Responsable légal¹

du jeune (nom – prénom)

Domicilié à

autorise Mesdames Christine HALLEY et Valérie REQUIER, salariées en tant que permanentes et ;
Mesdames Hélène MARIETTE-MOUCHEL, Pauline ETROIT et Angélique LAVALLEY, salariées en tant
qu'assistantes permanentes de l'Association O.S.C.A.R.E à faire pratiquer :

TOUTES INTERVENTIONS qui seront nécessaires pour la santé de mon fils ou ma fille¹,

né(e) le à

Sur avis du Médecin attaché à l'Établissement, et m'engage à rembourser les frais de transport en
ambulance, pour le cas où ceux-ci ne seraient pas pris en charge par la sécurité sociale.

Nom de l'Assuré :

N° Assuré social :

Caisse d'affiliation :

Adresse Caisse :

N° de téléphone auxquels il est possible de prévenir la famille

Le jour :

La nuit :

Ou en cas d'absence, joindre : M./Mme¹ au

De plus, j'autorise mon fils ou ma fille à quitter l'hôpital ou la clinique en présence de la personne
désignée par l'Association O.S.C.A.R.E. pour prendre en charge le jeune au moment de la sortie.

Le à

Signature,

¹ Rayer la ou les mention(s) inutile(s)